

158
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 mars 1908, à 1 heure

Par J. MILAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

TRAUMATISMES ET APPENDICE

ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : MM. DELENS, GOSSET et LECÈNE, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

158

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 mars 1908, à 1 heure,

Par J. MILAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

TRAUMATISMES ET APPENDICE

ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : MM. DELENS, GOSSET et LECENE, agrégés.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen			M. LANDOUZY
Professeurs			MM.
Anatomie.			NICOLAS.
Physiologie			CH. RICHET.
Physique médicale.			GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.			GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.			BOUCHARD.
Pathologie médicale		}	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale			BRISSAUD.
Anatomie pathologique			LANNELONGUE
Histologie.			PIERRE MARIE.
Opérations et appareils			PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.			QUENU.
Thérapeutique			POUCHET.
Hygiène			GILBERT
Médecine légale.			CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.			THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.			G. BALLET
			ROGER.
Clinique médicale.		}	HAYEM.
			DIEULAFOY
Maladies des enfants			DEBOVE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.			LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.			HUTINEL.
Clinique des maladies du système nerveux.			JOFFROY.
			GAUCHER.
Clinique chirurgicale.		}	RAYMOND.
			LE DENTU.
			BERGER.
Clinique ophtalmologique.			RECLUS.
Clinique des maladies des voies urinaires.			SEGOND.
Clinique d'accouchements		}	DE LAPERSONNE
			ALBARRAN.
Clinique gynécologique			PINARD.
Clinique chirurgicale infantile			BAR.
Clinique thérapeutique			RIBEMONT-DES-SAIGNES.
			POZZI.
			KIRMISSON.
			A. ROBIN.
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMLIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (che
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR GUINARD

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE M. P. SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS :

LE DOCTEUR BOURCY

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC

LE PROFESSEUR LANDOUZY

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE DOCTEUR BROcq

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

LE DOCTEUR GUINARD

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

LE DOCTEUR BOULLOCHE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU

LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BAUDELOCQUE

INTRODUCTION

La question des rapports du traumatisme avec l'appendicite est toute d'actualité. C'est à la suite des nombreuses controverses qu'elle a provoquées ces temps derniers, que notre maître le Dr Guinard, nous a proposé d'en faire le sujet de cette thèse.

On comprend facilement l'intérêt qu'il y a au point de vue pathogénique, à préciser le rôle du traumatisme dans la production de l'appendicite. En effet, en présence d'une crise d'appendicite survenant à la suite d'un traumatisme, plusieurs hypothèses pourront venir à l'esprit du médecin : Existe-t-il une relation entre le traumatisme et la crise ou ne s'agit-il que d'une coïncidence ? Et s'il y a une relation entre les deux, le traumatisme joue-t-il le rôle de cause déterminante, de cause prédisposante ou simplement de cause occasionnelle ?

Cette étude n'a qu'un intérêt relatif au point de vue de la loi de 1898, puisque l'état antérieur du sujet n'est pas pris ici en considération.

Elle n'est pas cependant dénuée de toute importance pratique, elle peut éclairer les cas litigieux soumis à la juridiction moins exclusive du droit commun.

Notre travail est divisé en quatre chapitres :

- 1° Historique de la question ;
- 2° Contusions de l'appendice ;
- 3° Exposé des observations d'appendicites post-traumatiques ;
- 4° Étude pathogénique.

I. — HISTORIQUE

Depuis quelques années d'importants travaux ont paru à l'étranger sur les rapports du traumatisme avec l'appendicite.

En 1891, *Hume*, dans un article du *British Medical Journal*, cite un cas de péritonite localisée d'origine traumatique qui laissa des adhérences autour de l'appendice et fut suivie d'une série de crises d'appendicite.

Page publie, en 1894, une étude sur quelques cas d'appendicite, où il rapporte trois observations dans lesquelles la crise aiguë se déclara à la suite d'un traumatisme. Il conclut dans un cas à l'origine traumatique de l'affection.

L'année suivante, *Byron Robinson*, étudiant la pathogénie des appendicites qui surviennent après les efforts violents, après la danse, les exercices de gymnastique, les marches forcées, incrimine la contraction du muscle psoas pour expliquer ces faits.

Stern fait paraître en 1900, un mémoire important, sur *L'origine traumatique des maladeis internes*.

On y trouve deux statistiques ; celle de Borchardt portant sur 150 cas d'appendicites et celle de l'armée prussienne (1892-94) qui en réunit 333. Dans la première, les accidents reconnaissent trois fois une origine traumatique et dans la seconde, 13 fois la crise a paru provoquée par un choc sur l'abdomen et 17 fois par un effort, un saut, un ébranlement du corps.

Cependant Stern ne croit pas à la possibilité d'une appendicite traumatique chez un individu dont l'appendice est normal.

Neumann le premier, dans un travail publié à la même époque, étudie longuement les rapports du traumatisme avec l'appendicite. Il cite vingt-trois observations, empruntées à Halle, Schottmuller et Körte, dont dix-sept sont des appendicites calculeuses.

Partant de cette donnée qu'un appendice sain peut contenir un calcul, *Neumann* conclut qu'un traumatisme direct ou indirect peut provoquer une appendicite chez un individu dont le vermium est normal. Le calcul produit sur la muqueuse une déchirure qui ouvre une porte d'entrée à l'infection.

Ensuite paraît une observation de *Sonnenburg* suivie d'une vue pathogénique nouvelle et très intéressante, que nous étudierons plus loin.

Dans un article sur « la coïncidence de l'appendicite avec les traumatismes » *Erdheim*, en 1902, s'élève contre les idées de *Neumann*. Ses conclusions sont celles adoptées aujourd'hui par la plupart des auteurs. « Un appendice sain, dit-il, ne peut aboutir du fait d'un trauma, de quelque importance qu'il soit, à l'inflamma-

tion, à la perforation et à la gangrène ; et les cas de prétendues appendicites traumatiques ne sont que des crises aiguës au cours d'appendicites latentes. En effet, dans tous les cas où on a observé des symptômes d'appendicite immédiatement après un traumatisme, on a toujours trouvé soit dans les antécédents, soit au cours de l'opération, la preuve que l'appendice était déjà malade avant l'accident. » Il termine en disant que « l'appendice calculeux est un organe malade puisque d'après notre conception actuelle de la pathogénie de l'appendicite, les calculs sont le produit de l'inflammation de la muqueuse appendiculaire. »

La même année, *Jüngst* et *Münsch* publient chacun une observation et le premier fait remarquer que dans son cas, le traumatisme a déterminé une altération chronique du vermium, cause de la crise aiguë survenue deux ans plus tard.

Après *Rinne* et *Henning*, qui combattent les conclusions de *Neumann*, *Southam*, en 1905, signale l'importance clinique et médico-légale de la question. Il rapporte lui-même quatre observations et mentionne la statistique de *Kelly* et *Hurdon*, qui réunit 50 cas. Sur ces 50 cas, on trouve 30 fois un calcul dans l'appendice et 7 fois des adhérences anciennes. Ce qui prouve, pense *Southam*, que l'appendice est déjà malade dans 80 0/0 des appendicites se manifestant à la suite d'un traumatisme. Celui-ci détermine la production d'une crise aiguë en provoquant la perforation de la paroi du vermium, déjà endommagée par le calcul, ou sa rupture en déchirant les adhérences qui le

fixent aux organes voisins et à la paroi abdominale.

En 1906, *Macdonald* fait paraître trois observations qu'il discute. Il croit très problématique le rôle du traumatisme comme générateur de l'appendicite.

Dans la littérature française, jusqu'à 1907, on ne trouve que fort peu de renseignements sur cette question :

Les thèses d'*Anghel*, de M^{lle} *Gordon*, de *Chapon*, de *Dubarry*, les articles classiques de *Brun*, de *Legueu*, de *Jalaguier*, de *Guinard*, ne contiennent que quelques cas d'appendicites considérées comme étant d'origine traumatique.

La thèse de *Beaussenat* apporte un certain nombre de faits expérimentaux qui éclairent la pathogénie de l'appendicite traumatique.

Nimier, en 1899, fait paraître dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* un article sur les rapports du traumatisme et de l'appendicite. Il constate que « le rôle du trauma comme cause déterminante dans quelques cas d'appendicite, n'a pas encore été discuté chez nous, où cependant son influence est quelquefois relevée comme cause occasionnelle des manifestations aiguës d'une affection jusqu'à latente ». Il pense que « la relation de cause à effet doit être admise toutes les fois que la crise apparaît immédiatement après le traumatisme ou qu'il est possible de relever entre l'époque où a été subie la violence et le moment où le diagnostic de l'affection appendiculaire a été posé, une série de manifestations mor-

bides péritonéales ou intestinales, telles qu'on les trouve notées dans les observations d'appendicites à répétition».

Les quinze cas qu'il rapporte et dont neuf sont empruntés à un travail de Willam Small, sont divisés en deux groupes. Un premier groupe comprend sept cas où il s'agit d'un traumatisme banal, jouant le rôle de cause occasionnelle et réveillant une appendicite latente. Dans un deuxième de huit observations, le traumatisme est considéré comme cause déterminante de l'affection.

Delorme, Moty citent chacun un cas d'appendicite traumatique.

Quant aux ouvrages français sur la pathologie des accidents du travail, ils se bornent à adopter les conclusions de Stern, de Sonnenburg et d'Erdheim.

Ollive et Le Meignen, dans leur travail, concluent qu'en réalité il n'y a pas d'appendicites traumatiques, mais qu'il y a des appendicites aggravées par le traumatisme.

Ainsi, aucun travail d'ensemble n'était publié dans notre pays, quand paraît, en 1907, le mémoire de MM. *Jeanbrau et Anglada*. Ceux-ci étudient longuement et avec un esprit très scientifique le problème de l'appendicite traumatique, au point de vue pathogénique et médico-légal.

Après un aperçu historique, MM. Jeanbrau et Anglada font un exposé des faits cliniques. Ils résument cinquante-huit observations recueillies dans la littérature française, allemande et anglaise. Ces observations sont divisées en deux classes suivant qu'il s'agit d'une appendicite calculeuse ou non calculeuse.

Chacune de ces deux classes est subdivisée en deux catégories selon que l'accident s'accompagne ou non de contusion abdominale.

Les auteurs interprètent ensuite les faits cliniques au point de vue pathogénique, à la lumière des données actuellement admises sur l'étiologie de l'appendicite et des recherches expérimentales faites par Beaussenat.

Ils étudient ainsi l'action du traumatisme et de l'effort sur l'appendice sain et sur l'appendice malade.

Leur étude clinique se termine par les conclusions suivantes : « 1° L'accident ne crée pas l'appendicite ;

2° L'accident détermine seulement une poussée aiguë au cours d'une appendicite chronique souvent latente ; il peut même déterminer une poussée aiguë avec perforation, péritonite et mort ;

3° Le délai maximum qui permet d'accepter le rôle du traumatisme dans la crise d'appendicite, ne doit pas dépasser deux jours. »

Un rapport de *L. Picqué* sur le travail de MM. Jeanbrau et Anglada, provoque à la Société de Chirurgie une discussion très intéressante. La plupart des chirurgiens se rallient aux conclusions de Jeanbrau et Anglada.

Seul M. *Guinard*, s'appuyant sur trois observations personnelles, reste partisan de l'appendicite traumatique. Selon lui le traumatisme peut agir de deux façons différentes sur l'appendice sain :

« 1° Très exceptionnellement par action mécanique et contusion directe.

2° En provoquant une péri-appendicite, un hématome

ou une réaction péritonéale qui englobe le vermium dans des adhérences et le met dans de mauvaises conditions pour résister ultérieurement à une infection. »

Tels sont les travaux qui ont paru sur cette question tant en France qu'à l'étranger.

Nous nous sommes surtout inspirés dans notre étude, du mémoire de MM. Jeanbrau et Anglada et de la communication à la Société de chirurgie de notre maître M. Guinard.

II. — CONTUSIONS DE L'APPENDICE

Avant d'aborder l'étude des appendicites post-traumatiques, nous devons séparer de celles-ci les contusions de l'appendice.

Le vermium bien protégé contre les violences extérieures par sa mobilité, son petit volume et sa situation, peut cependant, dans des cas il est vrai très rares, être atteint par un traumatisme portant sur la région iléo-cæcale.

Si les symptômes présentés par le malade sont ceux d'une crise d'appendicite banale ou d'une péritonite par perforation appendiculaire ; par contre les lésions de l'appendice ne sont pas des lésions inflammatoires, elles sont semblables à celles rencontrées sur le reste de l'intestin dans les cas de contusions abdominales violentes. Ainsi dans les deux cas de Brun, on trouve le vermium sectionné en son milieu et divisé en deux moitiés qui ne sont plus reliées l'une à l'autre que par une mince languette de tissu sain.

Dans l'observation de Guinard, il s'agit d'un sphacèle

de l'organe. Le cas de Vibert nous montre un appendice ecchymotique, dont la muqueuse est décollée par un épanchement sanguin très abondant. Dans l'observation de Moriarta la paroi appendiculaire est perforée de part en part par une épingle.

Ces lésions sont d'ordre purement mécanique. Elles sont dues soit à l'écrasement de l'organe sur le plan profond musculaire et osseux, soit à la compression de ses parois sur un corps étranger contenu dans sa cavité.

Il ne s'agit donc pas ici d'appendicite véritable. Les cinq observations qui suivent rentrent dans le cadre des contusions abdominales avec lésions intestinales.

Observations I-II.

(BRUN. *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher-Comby.)

Les accidents sont apparus nettement après un traumatisme : *coup de pied dans la fosse iliaque droite*. Chez ces deux enfants, Brun a trouvé l'appendice sectionné en son milieu et divisé en deux moitiés qui n'étaient plus reliées l'une à l'autre que par une mince languette de tissu sain.

Observation III.

(MORIARTA. Thèse de M^{lle} GORDON, 1896, p. 39.)

Garçon de 14 ans.

Il reçoit d'un camarade un *coup dans le flanc droit*.

Le lendemain se montrent des phénomènes d'appendicite.

On résèque l'appendice et dans son intérieur on trouve une épingle dont la pointe avait perforé la paroi.

Le garçon avoua qu'il avait avalé une épingle il y a un an.

Cette dernière logeait donc dans l'appendice pendant tout le temps, sans avoir provoqué de troubles jusqu'à ce que le traumatisme survint.

Observation IV

(VIBERT. *Accidents du travail.*)

L'enfant M..., âgé de 8 ans 1/2, a été frappé d'un *coup de pied dans le ventre* par un de ses camarades.

Il a pu rentrer seul chez lui, mais se plaignant déjà du ventre.

Les douleurs ont augmenté et à la fin du second jour, il a eu des vomissements fécaloïdes. Le troisième jour, il a été laparotomisé.

Il est mort le quatrième jour après la blessure.

Autopsie. — Aucune trace extérieure de violences sur le ventre ni sur le reste du corps.

Péritonite généralisée, caractérisée par un épanchement d'un liquide trouble et jaunâtre et par l'adhérence légère des anses intestinales entre elles.

La dernière portion de l'intestin grêle présente sur une étendue de 15 centimètres à partir du cæcum, une vive congestion de toutes les tuniques et sur la séreuse trois ecchymoses arrondies.

L'appendice, long de 9 centimètres, a un aspect normal dans son premier quart (à partir du cæcum). Sur le reste de son étendue, il est tuméfié, son volume est à peu près celui du petit

doigt et ses parois sont d'un rouge intense et uniforme. La cavité de l'appendice communique librement avec celle du cæcum, elle est entièrement vide.

Sur la face muqueuse de l'appendice, on voit que la muqueuse est décollée par un épanchement sanguin très abondant, qui forme une nappe sur les trois quarts inférieurs du conduit, et des ecchymoses isolées sur le reste de son étendue.

Le cæcum et le reste de l'intestin grêle ne présentent pas de lésions.

Observation V

(GUINARD. *Société de chirurgie*, 29 mai 1907.)

Antoine M..., tonnelier, 29 ans, entre dans le service de M. Guinard à l'Hôtel-Dieu, le 25 octobre 1907.

Pas d'antécédents abdominaux.

Le 10 octobre 1906, il a subi un *violent traumatisme de la fosse iliaque droite*, en remuant une trop lourde charge.

Il met tant d'insistance à répéter qu'il s'agit d'un accident du travail, que son patron est responsable, que M. Guinard entre aussitôt en défiance.

Depuis l'accident il est couché.

A l'examen.— M. Guinard trouve collée contre l'arcade crurale droite et au-dessus d'elle, une masse dure et douloureuse sans fluctuation, du volume d'une grosse noix. Trouvant une petite ulcération au niveau du frein du prépuce, on pensa qu'il s'agissait peut-être d'une adénopathie iliaque. L'état général est bon. Pouls à 90° et température à 37° 6.

Opération. — Le 26 octobre, M. Guinard fit une incision sur

la tumeur le long de l'arcade crurale et tomba sur un appendice sphacélé qu'il enleva : sa cavité contenait un liquide noirâtre infect.

· Drainage et guérison.

Le malade interrogé de nouveau ultérieurement est des plus affirmatifs : jamais il n'a souffert du ventre avant son accident.

III. — EXPOSÉ DES OBSERVATIONS D'APPENDICITES POST-TRAUMATIQUES

Nous avons réuni sous le titre d'appendicites post-traumatiques soixante-treize observations d'appendicites survenues à la suite d'une contusion abdominale ou d'un effort.

Ces cas ont été classés de la façon suivante :

I. — Observations qui ne contiennent pas de vérification opératoire ou nécropsique et dans lesquelles il n'est pas fait mention des antécédents.

II. — Observations avec antécédents appendiculaires.

III. — Observations sans antécédents appendiculaires, mais ne contenant pas de vérification opératoire ou nécropsique.

IV. — Observations avec vérification opératoire ou nécropsique, sans relation des antécédents.

V. — Observations sans antécédents appendiculaires et avec vérification opératoire ou nécropsique.

Chacune de ces deux dernières grandes classes est

subdivisée en deux catégories suivant que la crise d'appendicite est survenue de suite après l'accident ou à une époque plus ou moins éloignée de celui-ci. Enfin dans chaque catégorie nous avons groupé les observations, selon que la crise succède à un traumatisme direct ou indirect.

Nous ferons de suite remarquer que les observations qui mentionnent les antécédents des malades, ne donnent pour la plupart que fort peu de détails sur leur passé appendiculaire.

I. — *Observations d'appendicites post-traumatiques ne contenant pas de vérification opératoire ou nécropsique et dans lesquelles il n'est pas fait mention des antécédents.*

Les faits suivants ont été cités par certains auteurs pour montrer que le traumatisme pouvait être une cause occasionnelle de l'appendicite.

Nous pensons avec Jeanbran et Anglada que ces cas « n'ont aucune valeur scientifique et que leur seul intérêt réside dans la diversité du traumatisme observé ».

Observation I (HOMANS, Thèse de M^{lle} GORDON, 1897).

Fillette de 8 ans, qui à la suite d'une chute fait une perforation de l'appendice.

Observation II (MARSCH, *eodem loco*).

Garçon de 7 ans, mort d'une pérityphlite à la suite d'un coup sur le ventre.

Observation III (SOLTMAN, *eod. loc.*).

Pérityphlite mortelle, survenant immédiatement après un exercice de gymnastique.

Observation IV (FABRE, *eod. loc.*).

Fillette qui, portant un lourd panier de linge, fut prise d'une douleur atroce au moment où elle le déposait à terre. Les douleurs furent rapidement suivies de tous les phénomènes de pérityphlite.

Observation V (TIPLADY, *eod. loc.*).

Enfant de 6 ans. Il était monté sur le dos d'un camarade, quand celui-ci fit un faux pas et tomba en arrière sur lui. Immédiatement après, il présentait les symptômes d'appendicite perforante grave, suivie au bout de quelques jours de péritonite généralisée.

Observation VI.

(KOEERTE. Résumée par *Jeanbrau et Anglada* in *Art. Traumatismes et Appendicite. Rev. de Chirurgie*, 1907.)

Homme contusionné au niveau du flanc droit par un rail de chemin de fer, présente des symptômes d'appendicite.

Laparotomie: Appendice complètement gangréné.

Observation VII (KOEERTE, *eodem loco*).

Homme, ayant appuyé violemment un vilbrequin contre son flanc droit, il ressentit de légères douleurs.

Symptômes de péritonite localisée. Ponction.

Observation VIII.

(*Statistique sanitaire de l'armée prussienne, 1890-97, eod. loc.*)

Soldat surmené pendant une période de manœuvres.

Laparotomie: Lésions banales d'appendicite sans calcul.

Observation IX (*Idem*).

Soldat. Saut violent. A l'intervention: lésions banales d'appendicite, sans perforation ni calcul.

Observation X (NIMIER. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1899).

Un cuirassier, en descendant de cheval, éprouve un vif douleur dans la fosse iliaque droite et fait à la suite une poussée d'appendicite subaiguë qui se résout en vingt jours.

Observation XI (DONAVANT. Cité par NIMIER, *eod. loco*).

A la suite d'un saut d'un lieu élevé, un enfant de 9 ans est atteint d'une appendicite dont il est opéré.

Observation XII (STURGIS, *eod. loc.*).

Fille de 7 ans, qui trois jours après être tombée d'une escarpolette, est prise d'appendicite et guérit par le traitement médical.

Observation XIII (STURGIS, *eod. loc.*).

Un homme de 22 ans, en conduisant un cheval difficile, se força le côté. Trois jours après, symptômes d'appendicite qui guérit sans intervention.

Observation XIV (SMALL, *eod. loc.*).

Un jeune homme fait une appendicite, deux jours après avoir reçu un choc violent sur la fosse iliaque droite.

L'affection dura deux semaines et depuis quatre ans, elle n'a pas récidivé.

Observation XV

(SIEUR : *Bulletin de la Société de chirurgie*. Avril 1907.)

Le nommé B..., soldat au 2^e génie, était en voiture le mardi 11 février 1902. Les chevaux s'étant emballés, *il saute à terre et tombe*, mais sans se faire aucun mal, puisqu'il peut se relever immédiatement et se jeter à la tête des chevaux.

Rien à noter dans la journée du mardi et du mercredi; santé excellente.

Le jeudi dans l'après-midi, il monte à cheval et éprouve vers la fin de l'exercice une douleur vive dans le ventre, du côté droit, au point de Marc Burney.

Cette douleur réapparaît le vendredi et le samedi et s'accompagne de vomissements.

Le malade entre dans le service de M. Sieur le dimanche.

Les douleurs sont moins vives, les vomissements ont cessé ; le pouls est dicrote à 68 et la température à 37°6 ; la langue est blanche ; constipation.

Le malade indique comme région particulièrement douloureuse, la région de l'hypocondre droit, avec maximum au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La défense musculaire est telle que l'exploration des organes profonds est impossible.

Nuit mauvaise, insomnie, et le matin, facies grippé avec aggravation manifeste des douleurs.

Intervention le 18 février,

Incision parallèle à la crête iliaque. Le péritoine est décollé sur la face postérieure du cæcum, il n'existe au pourtour de cet organe, ni dans la fosse iliaque, aucune zone indurée ou enflammée. Dans ces conditions, le péritoine n'est pas incisé.

La guérison est complète au bout de quinze jours.

II. — *Observations dans lesquelles la crise s'est déclarée à la suite d'un traumatisme chez un individu ayant des antécédents appendiculaires.*

1° Dans les trois cas suivants, la crise aiguë éclate immédiatement après un *traumatisme indirect*.

Observation XVI (SOUTHAM. *The Lancet*, 1905).

Garçon de 15 ans.

Antécédents. — Neuf mois avant le traumatisme, il a eu deux *attaques* de douleurs abdominales.

Étant à la pêche, il fit un *violent effort* pour sauter dans un bateau. Il ressentit aussitôt une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite. Trois jours après il présentait tous les signes d'une péritonite généralisée. Toutefois la région appendiculaire était plus mate et plus résistante que la fosse iliaque gauche.

Laparotomie. — L'abdomen est plein de pus.

La gravité de l'état du malade ne permet pas la recherche de l'appendice.

Mort douze heures après. Pas d'autopsie.

Remarque. — Southam croit à une appendicite bien qu'il n'ait pas vu l'appendice, et il attribue la crise à une rupture d'adhérences, causée par l'effort.

Observation XVII (CHAPON. *Thèse*, 1900-1901, p. 95).

Homme de 29 ans. Il a déjà eu *deux crises d'appendicite* en octobre 1898 et en janvier 1899.

Le 19 juillet 1899, il *court pour rejoindre un omnibus* et il est pris brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. Quelques jours après apparaissent les symptômes d'une péritonite généralisée.

Laparotomie. — Le 26, l'appendice est perforé mais ne contient pas de calcul.

Mort le 1^{er} août.

Observation XVIII

(Rapportée par SEGOND, in Rapport sur le cancer et les accidents du travail. *Congrès de chirurgie*. Paris, 1907.)

Le 8 mai 1899, en poussant une brouette, un ouvrier, âgé de 44 ans, *tomba* dans un trou et ressentit aussitôt, dans la région abdominale, de vives douleurs. *Ces douleurs étaient identiques à celles qu'il avait éprouvées quelques jours avant, mais avec une moindre intensité* et sans qu'il eût été contraint de suspendre son travail.

Laparotomie, le 19 juin. — On constata une appendicite avec perforation de l'organe, péritonite purulente enkystée et présence dans l'abcès, d'un calcul appendiculaire gros comme une châtaigne.

Remarque. — Il s'agit certainement dans ce cas d'une appendicite ancienne. Le sujet avait déjà éprouvé des douleurs abdominales quelques jours avant sa chute. Celle-ci n'a fait probablement qu'aggraver l'affection et déterminer une crise aiguë.

2° APPENDICITES SE RÉVEILLANT A LA SUITE D'UNE
contusion abdominale

Observation XIX (Thèse de *Jacob*, 1892, p. 51).

Enfant âgé de 13 ans.

Antécédents. — Sujet à des troubles digestifs.

Le 13 avril 1892, il reçoit dans la région iliaque un coup de pied, mais sans en éprouver de troubles importants.

Le 13, il est pris subitement de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, avec vomissements.

Le 24, à son arrivée à l'hôpital, on constate tous les signes d'une péritonite généralisée : les mains sont froides, le ventre ballonné, très douloureux.

Laparotomie. — Le 25. Pus abondant. Anses intestinales recouvertes de fausses membranes verdâtres. On ne sent pas l'appendice.

Autopsie. — Le 26. Péritonite généralisée.

L'appendice, située en arrière et en dehors du cæcum, se dirige d'abord verticalement puis forme un véritable nœud. Toute la partie périphérique gangrenée est séparée de la partie verticale par une ligne de section nette.

En incisant l'appendice, on voit que la couture s'est produite au delà d'un calcul resté dans la partie saine. Dans le bout

périphérique, on trouve des matières fécales molles, dont une partie s'est épanchée dans le péritoine.

REMARQUE. — La crise n'éclate ici que dix jours après l'accident, et le malade ne semble pas avoir présenté de symptômes péritonéaux ou appendiculaires immédiatement après son traumatisme. Il pourrait donc s'agir ici d'une simple coïncidence entre un accident et une crise aiguë, survenant au cours d'une appendicite chronique.

Observation XX (DUBARRY. Thèse de 1901).

Homme, 31 ans.

Antécédents. — En avril, première attaque d'appendicite. En octobre, à la suite d'un *coup sur l'abdomen*, nouvelle crise.

Laparatomie. — Anses intestinales agglutinées par des fausses membranes ; nombreux abcès péri-cæcaux.

L'appendice du volume du petit doigt est complètement gangréné.

Observation XXI

(HENNING. In Art. *Traumatismes et appendicite*, de JEANBRAU et ANGLADA. *Revue de chirurgie*, 1907.)

Péritonite par perforation appendiculaire post-traumatique.

Antécédents. — Sous-officier sujet à des maux de ventre avec périodes de diarrhée...

Début. — Il reçoit le 1^{er} novembre 1903, un *coup de pied de cheval* dans la région épigastrique. Après une courte syncope, reprend son service.

Il remonte à cheval le 4 novembre, lorsqu'il éprouve de violentes douleurs avec point maximum dans la région traumatisée. Il rentre à l'hôpital le lendemain, avec des phénomènes de péritonite généralisée.

Laparotomie. — On incise un hématome du grand droit (ce qui est important au point de vue médico-légal, dit Henning, puisque la peau ne présentait aucune trace de contusion.)

On trouve un appendice turgescant, violacé, accolé au psoas-iliaque. Il a la grosseur d'un petit doigt et il est coudé sur lui-même à angle droit.

Près de la partie sectionnée, on trouve une ulcération de la dimension d'un pfennig. Dans la cavité appendiculaire il y a deux calculs de la grosseur d'un noyau de datte; la muqueuse est amincie, gangrenée par places; la tunique musculaire est très hypertrophiée.

Remarque. — « La sténose de la cavité appendiculaire, l'épaississement de la paroi indiquent bien une lésion ancienne, dit Henning, et anatomiquement l'hésitation n'est plus permise : c'est un réveil d'appendicite. »

Les antécédents prouvent d'ailleurs que le sujet avait une affection intestinale ancienne.

Observation XXII

(Rapportée par SIEUR. Société de Chir., 2 avril 1907.)

B..., sous-officier de cavalerie, a toujours joui d'une excellente santé.

Antécédents. — Le 12 mai 1907, il fait une chute de cheval.

Cette chute paraît avoir été inoffensive, mais le lendemain il est pris de douleurs dans les articulations du genou et de la

hanche et deux jours après, il présentait tous les signes d'une attaque de rhumatisme.

Après un séjour d'un mois à l'hôpital, durant lequel il avait eu des *alternatives de constipation et de diarrhée*, il part en convalescence. Au bout de huit jours, il est pris en chemin de fer et pour la première fois, de coliques¹ violentes avec fièvre qui l'obligent à rentrer d'urgence à l'hôpital où l'on reconnaît l'*existence d'une appendicite*. Les accidents ayant cessé, il part en convalescence d'un mois ; mais à son retour, au cours d'une séance d'équitation, il éprouve au niveau de la fosse iliaque droite, une douleur tellement vive, qu'il a une syncope de courte durée.

Néanmoins après un nouveau repos, il peut assister aux grandes manœuvres et faire son service jusqu'au 2 janvier 1898, mais les troubles intestinaux persistent.

Début. — Le 5 janvier, il reçoit un coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite, et éprouve une douleur extrêmement vive qui nécessite son entrée d'urgence à l'hôpital.

Le 20 janvier, nouvelle crise appendiculaire, avec douleurs dans la fosse iliaque, fièvre et vomissements très pénibles.

A dater de cette époque et à chaque fatigue, réapparition des douleurs, qui le font évacuer sur le Val-de-Grâce pour y être opéré.

Opération. — Le 8 juillet 1898, une incision parallèle à l'arcade crurale montre que le cæcum et l'appendice sont libres d'adhérences, mais l'appendice est induré et renferme dans son intérieur trois calculs ayant le volume de haricots.

Guérison.

III. — *Observations sans antécédents appendiculaires, mais ne contenant pas de vérification opératoire ou nécropsique.*

1° APPENDICITES RÉVÉLÉES PAR UN **traumatisme indirect**

Observation XXIII

(HALLE, cité par NEUMANN. *Archives de Langenbeck*, 1900.)

Ouvrier agricole, 52 ans. Sans antécédents.

Quatre à cinq semaines avant son admission, en *sautant à terre d'une voiture*, il a ressenti une douleur violente dans le côté droit de l'abdomen. Depuis il a éprouvé des douleurs continues.

A son entrée à la clinique, on constate des symptômes très nets d'appendicite.

On se contente de drainer un foyer de péritonite localisée.

Observation XXIV (GORDON. Thèse de 1896).

Garçon de 14 ans, sans antécédents.

L'enfant fait une *longue course à bicyclette* et rentre le soir en se plaignant du ventre.

Symptômes d'appendicite le lendemain.

Incision iliaque : issue d'un peu de pus.

2° APPENDICITES RÉVÉLÉES PAR UN **traumatisme direct**

Observation XXV (SOUTHAM. *The Lancet*).

Garçon de 7 ans. Excellente santé.

En jouant il *tombe sur le ventre* et rentre aussitôt chez lui

en se plaignant de douleurs abdominales. Trois jours après, symptômes de péritonite généralisée.

A l'intervention : on trouve du pus en abondance dans le péritoine. On draine sans rechercher l'appendice.

Observation XXVI (SOUTHAM, *eod. loc.*).

Enfant de 12 ans, qui n'avait jamais présenté aucun symptôme d'appendicite.

Au bain, il *tombe à plat ventre sur l'eau*.

Il éprouve immédiatement une douleur intense dans la fosse iliaque droite. Et dès le lendemain il offre le tableau clinique complet d'une appendicite, qui guérit avec le traitement médical.

IV. — Observations d'appendicites post-traumatiques avec vérification opératoire ou nécropsique, mais sans relation des antécédents.

A. — Appendicites se déclarant de suite après l'accident.

1. APPENDICITES RÉVÉLÉES PAR UN traumatisme indirect.

Observation XXVII. (NIMIER, *Gazette hebdomadaire de Méd. et Chir.*, 1899.)

Un enfant de troupe âgé de 15 ans, entre au Val-de-Grâce, le 3 juin 1897.

Il a été atteint de juillet à décembre 1896 de typhlite avec péritonite à la suite d'une chute au gymnase.

En janvier, puis en mars et en mai 1897, il éprouve trois

nouvelles atteintes assez vives, mais ne durant que quelques jours.

A l'entrée on ne constate que de la douleur dans la fosse iliaque.

Laparotomie le 11 juin (un an après l'accident).

L'appendice est *adhérent* et caché le long de la face externe du cæcum, il est dur, recourbé en crochet, ses parois sont très épaisses, il contient des *matières fécales durcies*.

Observation XXVIII. (PAGE. *Lancet*, 1894.)

Homme âgé de 24 ans, entré à l'hôpital le 12 mars 1894.

Il y a huit ans, il eut une *première* crise d'appendicite à la suite d'un *effort* fait pour soulever un fardeau.

Trois mois après : seconde attaque.

En mars 1893 : troisième crise avec vomissements pendant vingt-quatre heures.

Il eut encore deux autres crises en août et en octobre de cette année.

Enfin en janvier 1894, il fut pris d'une crise plus intense que les précédentes. La douleur persista pendant une semaine. Il était alors possible de sentir dans le flanc droit, une masse bien limitée de la largeur de la paume de la main.

Opération le 14 mars 1894, à l'hôpital Sainte-Marie.

L'appendice apparut turgescents, comme sous tension. Près de son extrémité libre, il *adhérait* fortement au cæcum. Après rupture des adhérences, on trouva un petit abcès. La cavité de l'appendice était obstruée par épaissement de ses parois. Pas de perforation.

Guérison.

2° APPENDICITES RÉVÉLÉES PAR UNE contusion abdominale

Observation XXIX.

(W. B. SMALL. NIMIER. *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1899.)

Un jeune charpentier fut pris d'appendicite quarante-huit heures après avoir été occupé à soulever des planches dont il appuyait l'une des extrémités sur son aine.

Il se remit sans opération.

Il fut repris trois mois plus tard et guérit par l'appendicectomie.

L'intervention permit de constater, outre un abcès, de l'épaississement et des adhérences de l'épiploon.

Observation XXX (SMALL. NIMIER, *eodem loco*).

Small a trouvé du pus et un appendice gangrené chez un enfant de 9 ans qui, quarante-huit heures auparavant, avait poussé une lourde charrette dont il appuyait le bout du timon contre son abdomen.

Observation XXXI (STURGIS, *eod. loc.*).

Un enfant de 11 ans reçut un coup de pied de cheval dans l'abdomen et fit, peu après, une appendicite avec péritonite généralisée.

Le diagnostic fut confirmé par la laparotomie.

Observation XXXII (BROUARDEL. *Blessures et accidents du travail*, 1906).

Autopsie à la morgue d'un enfant de 12 ans. A la suite d'un *coup de pied dans la fosse iliaque droite*, il avait fait une inflammation du cæcum, de l'appendice et une pérityphlite.

Observation XXXIII.

(NIMIER, IN *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1899.)

L..., soldat, raconte que dès l'âge de 19 ans, en septembre 1893, il est *tombé sur une poutre dont l'extrémité lui a contusionné la région iliaque droite*. Il est resté quatre mois malade et paraît bien avoir eu une attaque d'appendice aiguë. Il lui a fallu six mois pour se rétablir, assez bien pour être déclaré bon pour le service en avril 1894.

Le 1^{er} juillet 1896, sans cause connue, il est pris d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite, avec vomissements et température dépassant 40° pendant trois jours.

Étant ordonnance, il ne suspend son service que pendant un mois.

En octobre 1897, nouvelle atteinte, mais très légère, qui nécessite un repos de deux ou trois jours.

Enfin, dans la nuit du 23 au 24 juin 1898, sans cause appréciable, il a été pris subitement d'une nouvelle crise de coliques avec point de Mac Burney, nausées ; température et pouls normaux. Les phénomènes douloureux se calment et l'exploration permet de reconnaître un empâtement profond de la fosse iliaque.

Le 29, *laparotomie*. — Le péritoine épaissi, vascularisé, adhère au foyer profond qui renferme une cuillerée à café de pus et l'appendice apparaît gros comme le pouce, englué dans des *fausses membranes* ; il adhère à l'épiploon, à la face antérieure du cæcum et aux anses grêles voisines. Après excision, on constate près de sa pointe la trace d'une ancienne perforation.

La guérison évolua normalement.

Observation XXXIV. (DUBARRY. Thèse de 1901.)

Jeune homme de 13 ans.

A la suite d'une *chute sur un guidon de bicyclette*, il éprouve des douleurs qui d'abord généralisées à tout l'abdomen se localisent au bout de deux jours dans la fosse iliaque droite. Traitement médical.

L'année suivante nouvelle crise d'appendicite et intervention.

Observation XXXV

(KORTE, cité par NEUMANN. *Archives de Langenbeck*, 1900.)

Jeune homme, 14 ans, entre à l'hôpital le 3 janvier 1906.

Le 31 décembre 1905, *il reçoit sur le ventre le poids de son petit frère qui saute sur lui*.

A son entrée on constate des phénomènes de péritonite.

Abdomen ballonné, vomissements, constipation opiniâtre.

On pense à un ileus ou à une perforation intestinale.

Laparotomie médiane le 31 janvier.

A l'ouverture du péritoine il s'écoule du pus.

Les anses intestinales sont agglutinées par de fortes adhérences.

L'appendice est perforé au niveau d'un calcul.

B. — *Appendicites se manifestant à une époque plus ou moins éloignée du traumatisme.*

Dans tous ces cas, on relève, entre l'époque de l'accident et le moment où le diagnostic de l'affection appendiculaire a été posé et vérifié, une série de manifestations morbides péritonéales ou intestinales, telles qu'on les trouve notées dans les observations d'appendicites à répétition. Cette continuité de symptômes permet donc d'établir une relation entre le traumatisme et l'appendicite.

1° APPENDICITES RÉVÉLÉES PAR UN
traumatisme indirect

Observation XXXVI (ANGHEL. Thèse de 1897).

Homme de 48 ans, entré le 28 octobre 1890, à l'hôpital Cochin.

A l'âge de 21 ans, cet homme *portant une petite charge*, ressentit une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Il fut obligé d'interrompre son travail et d'entrer à l'Hôtel-Dieu de Bar-le-Duc. Au bout de six semaines, il sortit amélioré, mais depuis lors, il était sujet à la constipation et les matières fécales étaient teintées de sang. Jusqu'en 1871, il eut des coliques à répétition ; à cette époque elles se localisèrent à la fosse iliaque droite et en même temps apparurent des vomissements d'abord alimentaires puis bilieux. A la suite de périodes de constipation opiniâtre, il éprouvait des débâcles où il évacuait du pus et des matières fétides. En 1883, nouveaux accidents et le malade

entra à l'hôpital Saint-Antoine où il fut traité pour une péritonite tuberculeuse. Il en sortit amélioré ; mais au mois d'octobre, chaque année, une rechute le forçait à rentrer à l'hôpital.

État actuel. — Le ventre est tendu, ballonné, douloureux. Empâtement douloureux dans la fosse iliaque droite. État général satisfaisant. Tuffier porte le diagnostic de pérityphlite et appendicite.

Laparotomie le 5 novembre. On trouve une tumeur du volume d'un marron située à la partie postérieure du cæcum et adhérente ; c'est l'appendice augmenté de volume. On ouvre un abcès situé entre la tumeur et le cæcum et communiquant avec ce dernier organe par une perforation ; il en sort du pus et une matière crétacée.

Examen de l'appendice. — L'appendice, dans sa partie terminale, est presque entièrement fibreux ; sa lumière n'existe plus. Elle est oblitérée par un corps dur, crétacé et entouré d'une gaine de tissus myxomateux.

Les corps granuleux trouvés dans l'abcès rétro-cæcal sont de même constitution.

Observation XXXVII

(DIXON, cité par NIMIER. *Gazette heb. de Médecine et de Chirurgie*, 1899.)

Sautant d'un rocher sur un autre, un homme éprouve dans la région iliaque droite une douleur soudaine si violente qu'il est à plusieurs reprises obligé de se coucher par terre avant de pouvoir atteindre sa demeure.

Il reprend son travail au bout de quelques jours ; mais six mois plus tard, il meurt après avoir présenté trois ou quatre

atteintes d'appendicite. La dernière avait été traitée par la laparotomie, qui avait permis de reconnaître l'existence de lésions anciennes.

Observation XXXVIII (NIMIER, *eod. loc.*).

Un ordonnance, *montant à cheval*, ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite.

Ces douleurs reviennent pendant cinq ou six mois, puis il est pris d'une attaque d'appendicite aiguë.

Laparotomie. — Collection purulente qui contient un calcul stercoral et l'extrémité mortifiée de l'appendice.

Vu l'innocuité habituelle pour l'intestin de pareilles actions mécaniques, il est difficile de leur accorder dans les trois cas cités, d'autre valeur que celle de cause occasionnelle, de coup de fouet donné à une affection latente et méconnue.

2° APPENDICITES A LA SUITE D'UN traumatisme direct.

Les deux observations suivantes paraissent à Nimier apporter « un commencement de preuve de la valeur du traumatisme comme cause déterminante de l'appendicite ».

Si nous étions assurés de l'absence d'antécédents appendiculaires chez ces malades, ces cas seraient en effet très probants.

Observation XXXIX. (NIMIER, *loc. cit.*)

Ch..., 23 ans, soldat depuis dix-huit mois, a reçu à l'âge de 15 ans un *coup de pied de cheval* dans la fosse iliaque droite. Il ne

souffrit que quelques jours, mais peu après, il commença à ressentir des coliques siégeant surtout à droite, très violentes, durant une heure environ ou moins vives et se prolongeant pendant deux ou trois jours. La crise se terminait par des émissions gazeuses et parfois une diarrhée fétide.

Ces crises revinrent d'abord une fois par mois. Depuis l'entrée au régiment le malade en a d'abord éprouvé deux, sans se plaindre, puis en juillet 1896, il a été hospitalisé, atteint de coliques avec diarrhée et fièvre. Assez rapidement guéri, il s'est bien porté jusqu'au 25 juillet 1898. Alors débute subitement pendant la nuit (8 ans après le traumatisme) une crise d'appendicite sub-aiguë.

Intervention. — Le 10 août 1898 : on trouve un appendice tuméfié, rouge, simulant un petit pénis en érection ; il adhère à l'épiploon.

Observation XL

(NIMIER. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1899.)

Un officier au cours de manœuvres tombe avec son cheval ; la bête lui comprime l'abdomen, se relève, retombe sur la même région et pendant un mois le blessé doit garder le lit souffrant au niveau de la fosse iliaque droite. Le service repris après un congé, l'officier ne peut plus monter à cheval, sans éprouver de la douleur. Deux ans après l'accident il a une atteinte franche d'appendicite, laquelle dure quatre jours à l'état aigu. La santé redevient ce qu'elle était avant la crise et un an plus tard une nouvelle attaque d'appendicite, malgré l'intervention, enlève le patient.

Autopsie. — (Trois ans après l'accident.)

Péritonite généralisée.

L'appendice est difficilement reconnu, en bas, en arrière et en dedans du cæcum, sous forme d'un diverticule rouge violet, épais de 8 millimètres environ. Il est perforé à son extrémité qui paraît libre dans la cavité péritonéale. En détachant le cæcum, on découvre une cavité renfermant 400 grammes environ de liquide louche, cavité limitée par des anses intestinales fusionnées et le cæcum dont la paroi est rouge.

V. — *Observations d'appendicites post-traumatiques sans antécédents appendiculaires et avec vérification opératoire ou nécropsique.*

A. — *Appendicites se manifestant immédiatement après l'accident*

L'opération ou la nécropsie ont été pratiquées dans la plupart de ces observations à une date assez rapprochée de l'accident. Or, on a presque toujours trouvé à l'examen de l'appendice, des calculs ou des adhérences résistantes, ce qui prouve donc qu'il s'agissait dans ces cas d'une affection ancienne et que le traumatisme n'a fait que réveiller ou aggraver une appendicite latente.

1° APPENDICITES RÉVÉLÉES PAR UN
traumatisme indirect

Observation XLI.

(SCHOTTMÜLLER, cité par NEUMANN, *Archives du Langenbeck*, 1900.)

Garçon de 9 ans. Sans antécédents.

Il éprouve *en sautant* pendant un exercice de gymnastique une douleur aiguë dans le flanc droit.

Le lendemain il va à l'école, mais de violentes douleurs abdominales l'obligent à revenir à la maison.

Quatre jours après le traumatisme, il entre à la clinique, où l'on trouve de la résistance douloureuse et de la matité dans l'hypocondre droit.

Laparotomie. — (Quatre jours après l'accident.)

Incision d'un abcès. L'appendice en position élevée est perforé et contient un *calcul* de la grosseur d'un noyau de cerise.

Mort deux jours après.

Autopsie. — Péritonite purulente généralisée.

Observation XLII (HALLE, *eod. loco*).

Garçon agriculteur, 16 ans. Sans antécédents.

Le 4 mai 1898, en soulevant un sac de pommes de terre, il ressent une douleur vive dans l'abdomen.

Le lendemain matin, le malade a des vomissements.

Le 7 mai, on trouve un ventre météorisé, douloureux partout, surtout du côté droit. Vomissements fréquents.

Le 8 et le 9: même état.

Le 10, il entre à la clinique, présentant des symptômes de péritonite. Pouls à 130. Température: 38°5.

Matité dans la fosse iliaque droite, s'étendant jusqu'à l'épine iliaque gauche.

Le 11 mai: Mort.

Autopsie. — (Sept jours après accident).

Péritonite purulente diffuse. L'appendice, violacé, présente une perforation de 3 millimètres de diamètre. Il contient à ce niveau un *calcul* gros comme un noyau de cerise et renfermant des poils.

Observation XLIII (HALLE, *eod. loc.*).

Valet de ferme, 20 ans. Aucun antécédent abdominal. Le 19 septembre 1895, il fait un *effort violent* pour soulever un sac de pommes de terre. Le soir même, il accuse une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur va en augmentant les jours suivants et s'accompagne de constipation.

Le 28 septembre, on diagnostique une appendicite.

Laparotomie. — (Douze jours après le traumatisme.)

L'appendice réduit à un moignon épaissi, nage dans le pus d'un abcès. Près de lui, on trouve un *calcul* de la grosseur d'une noisette.

Observation XLIV (HALLE).

Boulangier, 29 ans. Sans antécédents.

Le 21 septembre 1892, il ressent, en *soulevant un panier très lourd*, une violente douleur dans le ventre.

Le lendemain la douleur s'exagère.

Le 24 septembre, il entre à l'hôpital avec des phénomènes péritonéaux.

Laparotomie. — (Quatre jours après l'accident.)

Les anses intestinales sont agglutinées par des fausses membranes. L'appendice rouge, infiltré, nécrosé, présente une perforation à sa base et contient trois *calculs*, dont un de la grosseur d'un noyau de prune.

Mort le 27 septembre.

Observation XLV (HALLE).

Homme, 41 ans. Aucun antécédent abdominal.

Le 12 mai 1897, il fait une *longue course à bicyclette*. Quatre heures plus tard il se plaint de fortes douleurs dans le ventre. Le soir même, il a de la fièvre et des vomissements.

Le 15 mai, il entre à la clinique, offrant le tableau clinique d'une péritonite diffuse.

Laparotomie. — (Trois jours après le trauma.)

On trouve de petits abcès multiples entre les anses intestinales. Il existe une perforation à l'extrémité de l'appendice et à l'intérieur, un *calcul* gros comme un noyau de prune.

Observation XLVI (HALLE).

Boucher, 20 ans. Pas d'antécédents.

Le 28 janvier 95, en *soulevant un quartier de bœuf* de 190 livres, il ressent une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Il travaille encore cependant deux heures.

Le lendemain: nouvelle crise avec vomissements.

Le 30 janvier il entre à la clinique. Symptômes d'appendicite.

Laparotomie. — Le 31 janvier (trois jours après le traumatisme).

A l'ouverture du péritoine il s'écoule du pus fétide. L'appendice, de la grosseur du petit doigt, est rouge et très épais. En un point il est grisâtre, aminci et renferme à ce niveau un *calcul* du volume d'un noyau de cerise.

Mort le 1^{er} février.

Observation XLVII (HALLÉ).

Ouvrier, 26 ans. Sans antécédents.

Le 18 avril 1898, *en relevant une lourde échelle*, il sent comme un « craquement » dans l'abdomen et une violente douleur dans la région ombilicale et appendiculaire, avec des nausées. Repos. Opium.

Le 21 avril, il est admis à la clinique, où l'on constate les symptômes d'une péritonite localisée.

Opération. — Le 23 avril (5 jours après trauma). Ouverture d'un abcès enkysté par des adhérences.

L'appendice baigne dans le pus, il est perforé en son milieu et renferme un *calcul* gros comme un haricot.

Guérison.

Observation XLVIII (MACDONALD. *Medical Record*, 1906).

Femme de 43 ans, qui avait toujours joui d'une excellente santé.

Le 12 juin 1904, elle part en voiture à la ville voisine et en sautant du véhicule, elle *tombe lourdement*.

Elle est alors prise de douleurs dans l'abdomen et de vomissements.

Le lendemain les douleurs augmentent.

Le 16, quand Macdonald la voit, elle ne se plaint que de constipation. Température: 38°. Pouls à 144.

L'abdomen est tympanisé. Par le toucher rectal, on sent une masse occupant le côté droit de l'abdomen.

Diagnostic. — Invagination intestinale.

Opération. — Macdonald trouve des matières fécales dans la cavité péritonéale remplie par un intestin distendu.

La masse perçue par le toucher rectal était due à une invagination iléo-cæcale. L'appendice était pincé entre les deux boudins d'invagination.

Il était gangréné et présentait à sa base une perforation.

Remarque. — Macdonald se demande si le traumatisme ne serait pas la cause de l'invagination iléo-cæcale, qui secondairement a amené l'inflammation et la perforation de l'appendice comprimé entre les deux cylindres.

L'interprétation de Macdonald nous paraît logique

Observation XLIX (MACDONALD, *Medical Record*, 1906).

Homme, 20 ans. Pas d'antécédents.

Le 7 octobre 1904. — Monté sur une échelle il glissa, *tomba lourdement sur le périnée* et se contusionna le testicule droit.

Le lendemain samedi, il ne put travailler et le dimanche le testicule s'enflamma. Le lundi matin il fut réveillé par une douleur testiculaire si intense qu'il ne put bouger de son lit.

Quand je le vis, le 10 octobre, le testicule droit formait une poche très tendue et l'inflammation remontait le long du cordon jusqu'à la vessie. Le malade avait eu quelques vomissements ; mais la pression profonde sur la région appendiculaire ne provoquait aucune douleur.

Le lendemain pas de douleurs abdominales, mais à la palpation contracture très nette à droite. Température 38°. Pouls 108..

Opération le 12 octobre. — L'appendice apparaît très malade et adhérent par son extrémité au côté droit de la vessie.

Le lendemain la douleur testiculaire avait disparu et l'organe était revenu à son état normal.

Guérison.

Observation L (M^{lle} GORDON).

Gabrielle R..., 14 ans 1/2. Pas d'antécédents appendiculaires.

Début le 8 octobre, par une vive douleur dans la fosse iliaque droite survenue à la suite d'une *d'une garde-robe*.

A partir de ce moment, constipation et fièvre intense. Pas de vomissements.

A l'examen : le 16. — Empâtement douloureux dans la fosse iliaque droite, à 2 centimètres au-dessus de l'arcade crurale et à 1 centimètre en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le doigt entre facilement entre cette dernière et la fosse.

Laparotomie le 18. — On tombe sur un abcès au milieu duquel se dresse l'appendice entouré de *fausses membranes* ; il est friable et se rompt sous le doigt. Pas de concrétion dans sa cavité, mais une ulcération large le coupe entièrement.

Pus abondant, séreux et fétide.

Observation LI (M^{lle} GORDON).

Emile F..., 11 ans. Sans antécédents.

Début le 5 mai. — *Ayant monté beaucoup d'escaliers et beaucoup marché* dans la journée, il se sentit très fatigué le soir.

Dans la nuit, il est pris de douleurs irradiées dans tout l'abdomen et de vomissements. La douleur se localise ensuite dans la fosse iliaque droite et y persiste jusqu'à l'entrée.

A l'entrée : on trouve le ventre souple partout, sauf dans la

fosse iliaque droite. Là on sent une tumeur grosse comme un œuf de dinde, mate, très douloureuse à la pression. Température 40°. Pouls à 130.

Opération. — Dans la partie postérieure de l'abcès, on trouve l'appendice perforé au bout. Il est long de 15 centimètres et perméable.

Observation LII (SIEUR. *Société de Chirurgie*, 2 avril 1907).

Th. ., artilleur, n'a *aucun antécédent*: son intestin a toujours parfaitement fonctionné.

Début en février 1904 et pour la première fois, *au cours d'une manœuvre à cheval* particulièrement pénible et faite aussitôt après le déjeuner, il éprouve une première colique appendiculaire avec nausées, fièvre légère et courbature assez prononcée.

Tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours

Nouvelle crise le 18 juin, survenue dans les mêmes conditions, qui nécessite son entrée à l'hôpital où tout se calme par le repos.

Il part en convalescence de deux mois, mais durant son séjour dans sa famille, il ne peut se livrer à aucun travail et les exercices d'équitation lui sont particulièrement pénibles.

Admis à nouveau à l'hôpital le 12 novembre 1904, M. Sieur constate que la palpation de la fosse iliaque est surtout douloureuse dans la région appendiculaire. On sent un cordon du volume du pouce qui semble adhérer à la fosse iliaque.

Opération. — M. Sieur trouve un appendice fixé à la paroi interne du bassin par une *bride fibreuse* très résistante, à laquelle adhère même une anse grêle. Cette bride le coude et

l'étrangle à sa partie moyenne et le met dans l'impossibilité de suivre le gros intestin dans ses déplacements.

Nous avons donc là l'explication des tiraillements douloureux qu'éprouvait le malade au cours des exercices d'équitation, des exercices de force ou même de la marche prolongée.

2° APPENDICITES RÉVÉLÉES

PAR UNE contusion abdominale

Observation LIII (PAGE, *The Lancet*, 1894).

Homme de 20 ans. Il s'était très bien porté jusqu'à son accident et n'avait jamais eu aucun trouble abdominal.

Le 7 février. — Il reçut une *charge de 30 kilogrammes sur l'abdomen*. Il fut pris immédiatement de vomissements, qui revinrent pendant une semaine entière.

Le 14. — Il entra à l'hôpital avec une température de 39°, et un pouls à 140°. Douleur intense et contracture abdominale considérable. Matité à droite de l'ombilic.

Laparotomie. — Ouverture d'une collection de pus.

Autopsie (huit jours après l'accident). — L'appendice totalement enflammé présentait à sa base une perforation, d'où sortait un *calcul* de la grosseur d'un haricot. Il baignait dans une vaste collection de pus qui semblait communiquer avec l'abcès ouvert au cours de l'opération.

Remarque. — « Il est bien évident, ajoute Page, que c'est le traumatisme qui a provoqué la crise aiguë d'appendicite. »

Observation LIV (Thèse de M^{lle} GORDON, 1896, p. 148).

Maurice B..., 5 ans, entré le 27 novembre 1896 à l'hôpital, décédé le 30 novembre.

Pas d'antécédents.

Début, remonte à quatre jours. L'enfant est *tombé sur un tas de pierres* et s'est plaint du ventre dans la soirée.

A l'entrée le 27, les douleurs abdominales persistent. Constipation opiniâtre. Anorexie complète, vomissements verts depuis quarante-huit heures. Pas de fièvre. Pouls petit, précipité.

Au palper : douleur abdominale diffuse ; pas de météorisme.

L'état s'aggrave pendant les deux jours suivants.

L'enfant passe, le 30, en chirurgie.

A ce moment : ventre ballonné, et uniformément douloureux ; matité dans la fosse iliaque droite. Facies grippé. Température 38°3. Pouls misérable.

Laparotomie (sept jours après le traumatisme). — Ouverture d'une vaste poche pleine de pus séreux. Pus dans le reste du ventre.

Mort.

Autopsie. — Appendice perméable sur toute sa longueur, présentant, au niveau de son extrémité terminale dilatée, plusieurs perforations de la grosseur d'une tête d'épingle et des érosions multiples de la muqueuse.

Dans sa cavité ; volumineux *calcul* cervical de forme allongée.

Observation LV (M^{lle} GORDON, p. 96).

Blanche Ch..., 9 ans et demi. Pas d'antécédents appendiculaires.

Début le 1^{er} mai. — L'enfant reçoit d'une de ses camarades *un coup de poing dans le ventre*.

Dès le lendemain l'abdomen devient douloureux. Vomissements d'abord alimentaires puis bilieux, fièvre, anorexie, insomnie, constipation. Cet état persiste jusqu'à l'entrée.

Le 4 mai. — Mauvais état général. Température : 38°2. Pouls : 125°, faible. Facies grippé. Douleur et empâtement généralisés dans tout l'abdomen, même la région épigastrique est douloureuse. Sonorité au-dessus de l'ombilic ; matité dans tout l'espace situé au-dessous d'une courbe passant par l'ombilic et les deux épines iliaques.

Opération (5 jours après l'accident).

On arrive sur des fausses membranes verdâtres qui agglutinent l'épiploon et les anses intestinales.

Le doigt introduit dans l'abdomen reconnaît que ces fausses membranes produisent des cloisonnements imparfaits, étendus très loin. Une poche purulente est vidée.

Autopsie le 7 mai. — On trouve un appendice perméable, violacé, et perforé à son extrémité libre. Dans l'intérieur, une *concrétion fécale*.

Péritonite du petit bassin. Adhérences et loges purulentes partout.

Observation LVI (M¹¹³ GORDON, p. 135).

Carl. E..., 6 ans. L'enfant n'a pas fait de maladie, sauf une bronchite.

Le 9 avril. — *Chute sur une chaise* et à cette époque, douleurs abdominales. Les douleurs irradiées d'abord se localisent finalement à la fosse iliaque droite et persistent jusqu'à l'entrée.

A l'examen, le 26 avril ; température : 39°2. Pouls rapide.

L'abdomen est légèrement ballonné. Douleur à la pression partout avec prédominance à droite.

Empâtement et matité au-dessus de l'arcade crurale.

Opération à froid le 22 juillet (trois mois et demi après le trauma). L'appendice adhérent à l'épiploon est volumineux, rouge, amputé à son sommet. Il est perméable et contient un *calcul*.

Observation LVII (M^{lle} GORDON, p. 90).

Marguerite P., 11 ans, entrée le 11 janvier 1895, décédée le 17 janvier.

Pas d'*antécédents*.

Le 3 janvier. — *Traumatisme lombaire*; l'enfant fait une *chute sur un meuble*, et se plaint de douleurs de reins, qui passent bientôt.

Le 8. — Elle ressent subitement une douleur vive dans le côté droit de l'abdomen. Malgré lavements et cataplasmes, la douleur persiste. Pas de vomissements, mais un peu de fièvre et de constipation.

A l'entrée : ventre considérablement ballonné, matité dans la fosse iliaque droite et point douloureux entre l'ombilic et l'épine aque antéro-supérieure. Pas de plaque nette à la palpation, peut-être sent-on un cylindre induré. Température 38°2. Pouls 135, assez bon.

Incision iliaque: on tombe sur une collection paraissant limitée et contenant environ un verre de *pus fétide*.

Mort, le 16.

Autopsie. — Péritonite généralisée. On trouve au-dessous et en dehors du cæcum un *calcul* stercoral gros comme un noyau de datte. L'appendice saillant comme un petit kyste est allongé sur la partie inférieure du cæcum. Il n'est pas perforé, mais sur

le cæcum, en dedans de l'appendice, on voit une petite perforation arrondie de 2 à 3 millimètres de diamètre.

Observation LVIII (SCHOTTMULLER).

Epityphlitis traumatica, 1900).

Garçon, 7 ans. Sans antécédents.

Reçoit d'un camarade un *coup de pied* dans le ventre.

Immédiatement il ressent une douleur violente qui l'oblige à s'aliter. Dans la nuit il est pris de vomissements. Le lendemain à l'hôpital on constate les symptômes d'une pérityphlite. On diagnostique une appendicite ou une rupture intestinale.

Laparotomie (trois jours après le traumatisme).

Les anses intestinales sont rouges, recouvertes de pus.

L'appendice est violacé, épaissi, gangrené. Il est perforé au niveau d'un *calcul* ovale et dur qui renferme un pépin en son centre.

Mort deux jours après l'opération.

Observation LIX (SCHOTTMULLER).

Jeune homme, 18 ans. Pas d'antécédents.

Il se *heurte le flanc droit contre le timon d'une voiture*. Aussitôt, il est pris de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite. Le lendemain : vomissements.

Il entre à l'hôpital trois jours après, présentant de la matité et une voussure dans tout le flanc droit. Une ponction exploratrice donne issue à un pus fétide.

Opération (cinq jours après le traumatisme).

On ouvre un abcès volumineux et dans la profondeur on aperçoit un appendice épaissi et gangrené.

Autopsie, le surlendemain.

L'appendice nécrosé contient un *calcul*.

Remarque. — « Il s'était formé dans l'épaisseur même de l'appendice, dit Schottmuller, une sorte de tumeur ne donnant lieu à aucun phénomène réactionnel. Le traumatisme provoqua la perforation de l'appendice à paroi amincie et distendue, et l'issue dans la cavité péritonéale du contenu appendiculaire. »

Observation LX (HALLE).

Garçon boucher, 23 ans.

Antécédents. — Rhumatisme.

Le 2 septembre 1899, il est renversé par un porc qui lui donne un *coup dans l'abdomen*.

Rentré chez lui il ressent une douleur abdominale légère et a quelques vomissements.

Le lendemain il fait une longue course en voiture, mais la douleur reparaît.

Le 4 septembre il vient à la clinique, faisant, d'après lui, sept heures de marche.

On constate que l'abdomen est ballonné, douloureux.

Pouls 110. Température 39°. Vomissements.

Laparotomie, 5 septembre (trois jours après le traumatisme).

— L'appendice nage dans le pus, il montre une perforation du calibre d'un petit pois.

On trouve un *calcul* dans le pus.

Mort, 6 septembre.

Observation LXI (HALLE).

Garçon, 12 ans. Sans antécédent.

Le 19 février 1896, il se *heurte violemment le flanc droit* contre l'angle aigu d'une corbeille.

Immédiatement il est pris de douleurs vives dans l'abdomen et est obligé de s'aliter. Les jours suivants : douleurs continues, ventre ballonné, constipation.

Son état empirant, il entre à l'hôpital le 1^{er} mars 1896.

Il offre alors les symptômes d'une péritonite localisée, avec une matité à droite remontant jusqu'au foie, et atteignant en avant la ligne médiane.

Laparotomie le 1^{er} mars. — On se borne à drainer l'abcès, ne voyant pas l'appendice. Quelque temps après, on trouve dans le pansement un *calcul* du volume d'un noyau de cerise.

Guérison.

Observation LXII

(DELORME. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 24 juin 1896).

Dans la nuit du 26 au 27 mai, le nommé D..., *sans antécédent abdominal*, reçoit dans la région sous-ombilicale un *coup de pied de cheval* qui le renverse. Il tait son accident.

Il souffre de douleurs vives qui continuent le lendemain ; le ventre est ballonné ; pas de nausées, ni de vomissements, ni de hoquet.

Dans l'après-midi du 27, sa face est vultueuse, non grippée, sa température de 38°. Le malade qui venait de vomir une potion

laudanisée, mange à 5 heures sans vomir. Nuit sans sommeil, mêmes douleurs.

Le 28, il parle de son traumatisme, est envoyé d'urgence dans le service de M. Delorme, avec le diagnostic de péritonite.

Douleurs généralisées à tout l'abdomen et très vives. Toucher rectal douloureux. Ballonnement léger du ventre, pas de nausées ou de vomissements. Température 38°8 ; pouls plein à 120 ; facies non altéré.

Laparotomie médiane et dévidement du petit intestin qui, étant donné la direction du coup, pouvait avoir été perforé ; intégrité de sa paroi. De distance en distance, elle présente seulement quelques traces de suffusion sanguine.

Le malade succombe le lendemain à 4 heures.

Autopsie, le 30. — La cavité péritonéale ne contenait qu'une quantité insignifiante de liquide louche ; l'intestin ne présentait pas de déchirure et M. Delorme aurait méconnu l'origine des accidents s'il n'avait examiné l'appendice qui présentait une petite perforation de 4 à 5 centimètres, à sa base, où sa paroi était amincie. Englobé dans des adhérences, cet appendice était replié derrière le cæcum, épaissi, turgescent. Il contenait dans son intérieur un *calcul* gros comme un haricot. Sa cavité n'était pas rétrécie.

Remarque. — Delorme pense avec raison que : « l'appendice, dont la paroi était déjà amincie, altérée avant le traumatisme, a dû céder à la pression subite des gaz ou des liquides intestinaux brusquement propulsés de la cavité du gros ou du petit intestin dans son intérieur. »

Observation LXIII (SOUTHAM. *The Lancet*, 1905).

Garçon de 9 ans. Il n'a jamais présenté aucun symptôme d'appendicite.

Début. — Il reçut d'un de ses camarades un *coup sur l'abdomen*.

Le lendemain, il se plaignit d'une douleur dans la fosse iliaque droite et fut obligé de garder le lit.

Le deuxième jour, il vomit continuellement.

Il entra, quatre jours après, à l'hôpital royal de Manchester. Il présentait alors tous les symptômes d'une péritonite généralisée.

Opération d'urgence peu après son admission.

L'appendice qui était enflammé et presque perforé en un point, contenait une *concrétion fécale*.

Il y avait de nombreuses adhérences autour de l'appendice et du pus répandu dans toute la cavité péritonéale.

Observation LXIV (M^{lle} GORDON, p. 110).

Émile S..., 8 ans, entré à l'hôpital le 19 septembre 1895 ; décédé le 23 septembre.

Pas d'*antécédents*.

Début le 18 septembre. — L'enfant reçoit d'un autre garçon un *coup de pied sur la partie supérieure du côté droit de l'abdomen*. Il rentre chez lui à 6 heures du soir et ne veut pas dîner.

Vomissements trois fois dans la nuit et quelques garde-robes qui auraient été noires. Le lendemain, les vomissements continuent, mais pas de garde-robe. Température peu élevée.

A l'entrée, on trouve le ventre douloureux, dur, sans foyer localisé. Les vomissements ont cessé et l'état général n'est pas très mauvais.

A cause de l'absence de phénomènes locaux, on n'intervient pas. Opium et diète jusqu'au 22 septembre. Ce jour-là l'enfant est pris, vers 3 heures de l'après-midi, de vomissements bilieux fréquents et de douleurs abdominales très vives, avec élévation de température.

Laparotomie médiane le soir. On trouve et on draine une collection purulente dans la fosse iliaque droite.

Le 23. — L'état s'aggrave, l'enfant meurt.

Autopsie (cinq jours après l'accident). — Des *adhérences multiples*, petits abcès entre les anses intestinales, grosse collection dans le petit bassin qu'elle remplit et dans laquelle est l'appendice, largement perforé en deux points. L'appendice est dirigé en haut derrière le cæcum et son méso termine son implantation sur la partie inférieure de la face antérieure du rein.

Observation LXV

(LEGUEU. *Société de chirurgie*, 2 avril 1907.)

Une enfant de 10 ans, n'ayant pas eu de crise appendiculaire antérieure, reçoit un jeudi, un *coup de pied dans le ventre* qui la renverse à terre. Ceci ne l'empêche point de continuer à jouer. Ce n'est que le lendemain vendredi, que cette enfant commence à se plaindre de douleur dans le ventre. Elle est soignée chez elle jusqu'au lundi.

Le lundi suivant, elle est amenée à l'hôpital des Enfants-Malades où M. Legueu est appelé à la voir dans l'après-midi, comme chirurgien de garde.

On ne manque pas d'attirer son attention sur le traumatisme antérieur, mais M. Legueu ne constate aucune trace de contusion superficielle.

L'enfant présentait tous les signes d'une péritonite généralisée: ventre ballonné, douloureux partout; vomissements verts; pouls à 140; température à 39⁶/₅.

Opération (cinq jours après le traumatisme). — Incision à droite qui montre une péritonite généralisée avec un appendice perforé à sa pointe, sans corps étrangers appréciables. L'appendice est enlevé. M. Legueu fait ensuite deux autres incisions, l'une sur la ligne médiane, l'autre dans le flanc gauche et il draine largement.

L'enfant mourut le lendemain.

Remarque. — Legueu pense que « chez cette enfant, qui n'avait pas eu de crises antérieures, le traumatisme a réveillé un état latent et fait paraître à ce moment une crise qui se serait produite plus tard. »

B. — *Appendicites se déclarant à une époque éloignée du traumatisme.*

1° A LA SUITE D'UN **traumatisme indirect.**

Observation LXVI (KEHN, cité par NIMIER.)

Homme, 22 ans. Toujours bien portant jusqu'en 1894.

Étant alors soldat, il éprouva, à la suite d'une *chute de cheval*, une affection abdominale pour laquelle il fut réformé du service militaire. Depuis cet accident il ressentit à la suite de petites excitations, à des intervalles de temps indéterminés, des attaques de coliques.

En 1896, il fut atteint d'appendicite dont il guérit par la laparotomie.

Remarque. — Cette observation n'est pas probante, parce que nous ne savons pas si l'affection abdominale qui suivit l'accident, ne fut pas une crise d'appendicite. Et dans ce cas, il s'agirait d'une appendicite latente réveillée par le traumatisme.

2° A LA SUITE D'UN **traumatisme direct.**

Observation LXVII (HUME, *British med. Journal*, 1891).

Homme âgé de 27 ans. Il s'était *toujours très bien porté jusqu'à son accident.*

En mars 1889, travaillant à la voie ferrée, il reçut d'un wagon en marche un *choc violent dans le flanc droit*. Il fut alors pris de douleurs intenses dans le côté droit, qui durèrent trois ou quatre jours.

S'étant remis au travail, les douleurs réapparurent et il dut s'aliter à deux reprises.

A son entrée le 5 juin 1890 (quinze mois après son accident), on constate de l'empâtement et de la contracture de la fosse iliaque droite.

Laparotomie : le 27 juin 1890.

On trouve des adhérences entre la paroi et les anses intestinales. L'appendice épaissi, recourbé sur lui-même, est relié par de nombreuses adhérences, à la vessie, à l'intestin grêle, au cæcum.

Remarque. — Hume admet que la contusion abdominale a déterminé chez un sujet sain, une péritonite

localisée, laquelle a laissé après elle de nombreuses adhérences péri-appendiculaires. De là, coudure de l'appendice, inflammation consécutive et crise aiguë.

Observation LXVIII (MACDONALD, *Medical Record*, 1906).

Femme de 24 ans.

Il y a deux ans, à la suite d'un coup sur l'abdomen, elle éprouva une douleur vague dans la fosse iliaque droite. On diagnostiqua alors une ovarite, dont elle souffrit pendant longtemps.

Le 1^{er} mai 1904. — Dans la matinée, au cours d'un violent effort, elle fut prise d'une douleur abdominale intense avec vomissements abondants.

Dans la soirée Macdonald la vit et fut frappé par son facies grippé. La température était normale, le pouls à 86.

A la palpation, l'abdomen était légèrement tendu, douloureux.

Opération : le 4 mai.

L'appendice était totalement gangrené et adhérent par son extrémité à l'ovaire droit. Pas de perforation.

Remarque. — D'après Macdonald, le premier traumatisme a déterminé l'ovarite, puis l'inflammation a gagné spontanément l'appendice et sous l'influence du deuxième traumatisme, l'appendicite latente s'est révélée par une crise aiguë.

Observation LXIX (MOTY, *Écho médical du Nord*, 1900).

B..., jeune soldat, entre à l'hôpital militaire de Lille, le 10 décembre 1899.

Antécédents. — Interrogé à plusieurs reprises, le *malade* affirme n'avoir ressenti aucun trouble des voies digestives avant l'accident qui paraît avoir déterminé l'appendicite.

Renversé il y a quatre ans par un *chariot de ferme en réparation*, qui lui tombe sur le *flanc droit*, il reste alité un mois avec de la fièvre, sans vomissements. Depuis cette époque, il conserve au même point une douleur vive s'exaspérant par la fatigue et l'obligeant de temps à autre à s'aliter.

L'état général est assez bon, mais il y a de la douleur à la pression au point de Marc-Burney et par le toucher rectal profond de la fosse iliaque droite. La fixité du phénomène décide Moty à l'intervention.

Opération le 16 décembre. — A la partie inférieure du cæcum qui est tomenteux mais non adhérent, on sent un noyau dur constitué par l'appendice adhérent au côté externe du cæcum et replié sur lui-même par une coudure brusque placée au niveau de son dernier tiers.

L'appendice est complètement oblitéré au niveau de la coudure et très atrophié dans sa partie terminale, il ne renferme pas de corps étranger.

Le malade sort de l'hôpital le 18 janvier 1900.

Observation LXX

(SONNENBURG, cité par *Picqué*. Société de chir., 5 juin 1907.)

Femme de 44 ans, entre dans le service de Sonnenburg au Moabit Hôpital, le 19 décembre 1900.

Cette femme a toujours joui d'une excellente santé.

Aux fêtes de Noël de l'année précédente elle reçut un coup violent dans la région abdominale droite. Elle ressentit bientôt

de violentes douleurs en ce point. Celles-ci se reproduisirent de temps en temps, s'accrurent vers Pâques au point de nécessiter l'alitement. Vomissements et fièvre.

Depuis cette époque, la malade ressentit toujours en marchant des douleurs du côté droit.

Il y a quinze jours, l'état devint plus grave et l'obligea à s'aliter.

A l'examen : on constate une paroi abdominale souple. Pas de matité, ni de défense musculaire. Dans la région iléo-cæcale, il existe une douleur à la pression profonde.

Les organes génitaux sont sains.

Sonnenburg diagnostique une appendicite simple.

Opération (un an après le traumatisme).

On constate l'existence de fines adhérences unissant les anses intestinales. L'appendice est sous le cæcum adhérent légèrement par son extrémité libre et présentant de très nombreuses et fines adhérences avec le psoas iliaque et les vaisseaux. Il ne présente aucune lésion apparente ; sa longueur est de 5 à 6 centimètres ; à son extrémité on trouve une concrétion stercorale.

A la coupe, la muqueuse est hypertrophiée ; il existe un peu de liquide dans sa cavité.

Remarque. — Sonnenburg pense que sous l'influence du traumatisme, il s'est fait un épanchement sanguin autour de l'appendice et que cet hématome a provoqué des adhérences péri-appendiculaires. Celles-ci, en fixant l'appendice, ont rendu difficile son évacuation, d'où production d'un catarrhe chronique à la suite d'un traumatisme dans un appendice normal.

Observation LXXI

(JUNGST. Obs. résumée par *Jeanbrau et Anglada. Revue de Chirurgie*, 10 juillet 1907.)

Terrassier écrasé par la chute d'un rocher ; *contusion de la moitié droite du bassin*, luxation ischiatique. Deux ans après, sans cause apparente, péritonite et perforation appendiculaire.

Remarque. — D'après Jungst, l'ancien traumatisme avait déterminé une altération chronique de l'appendice, devenue aiguë deux ans plus tard.

Observation LXXII

(GUINARD. Société de chirurgie, 29 mai 1907.)

Jeune homme de 18 ans, *n'ayant jamais présenté antérieurement aucun symptôme d'appendicite chronique*, reçoit un coup pied de poulain dans la fosse iliaque droite.

Au moment de l'accident, il est resté cinq jours au lit avec des cataplasmes sur le ventre, sans vomissements, ni fièvre. Il a successivement trois crises d'appendicite : une première crise deux mois après le traumatisme ; une deuxième six mois après. Il est opéré par M. Guinard à la suite de sa troisième crise, deux ans après l'accident.

L'appendice était turgescent, rigide, avec une muqueuse boursouflée et ecchymotique, comme dans les appendicites banales.

Observation LXXIII

(GUINARD, *eod loco.*)

Garçon de 12 ans, qui *n'a jamais présenté aucun symptôme abdominal.*

Au mois d'août 1900, sur la plage de Berck-sur-Mer, il tombe d'un âne et reçoit, sous les yeux de M. Guinard, un *coup de pied* de l'animal dans le ventre.

M. Guinard ne constate sur le moment aucune lésion de la paroi abdominale; et comme l'enfant avait eu une syncope, un vomissement alimentaire, de la pâleur, etc., il conseille aux parents de laisser leur fils une huitaine de jours au lit.

En novembre 1900, M. Guinard est appelé à Paris, auprès de cet enfant pour une crise légère d'appendicite. Il interroge alors avec soin les parents qui affirment que leur enfant n'avait jamais souffert du ventre.

L'enfant avait eu « une bronchite » en rentrant à Paris en octobre, mais n'avait jamais été malade auparavant.

La crise était bénigne, et lorsque la défense musculaire du premier jour eut disparu, M. Guinard put se convaincre qu'on ne sentait aucun empatement de la fosse iliaque. Huit jours après, l'enfant reprenait ses études. Au bout de quatre mois, nouvelle crise semblable à la première.

Opération, à froid, au mois de mars suivant (1902.)

L'appendice était pris dans des adhérences, qui le fixaient à la paroi postéro-interne du cæcum.

Il avait le volume d'un petit crayon et ses parois étaient vascularisées. Sa cavité était vide et la muqueuse était rouge et enflammée par plaques, comme dans une appendicite banale.

Remarque. — M. Guinard croit que le traumatisme a peut-être joué un rôle initial dans la genèse de ces appendicites.

Dans les cas de Hume, Macdonald, Moty et Sonnenburg, la relation de cause à effet entre le traumatisme et l'appendicite semble établie, par l'absence d'antécédents appendiculaires et par la série continue des manifestations péritonéales ou appendiculaires relevées entre l'époque de l'accident et celle de la crise.

Les deux observations de Guinard et celle de Jungst paraissent moins probantes parce qu'elles manquent de cette continuité de symptômes abdominaux. Cependant il est permis de penser, qu'un traumatisme aussi violent que celui subi par ces malades a pu être l'origine de l'affection.

Le traumatisme a probablement joué, dans ces observations, le rôle de cause prédisposante.

IV. — ÉTUDE PATHOGÉNIQUE

Nous étudierons successivement le rôle pathogénique du traumatisme direct et indirect, chez un homme sain et chez un appendiculaire latent ou chronique.

La première question qui se pose est la suivante :

Un traumatisme direct peut-il atteindre un appendice normal ?

MM. Jeanbrau et Anglada ont essayé sur des cadavres de contusionner l'appendice. Ils ont prouvé par leurs expériences que cet organe n'est pas à l'abri de tout traumatisme. Si l'appendice fuit aisément devant un corps contondant de faible volume, par contre il peut être atteint par un corps « ayant au moins le volume du poing » et agissant avec violence.

Expérimentalement la contusion de l'appendice sain est donc possible, mais en existe-t-il des preuves cliniques ?

Nous avons cité, dans un chapitre précédent, quatre cas de contusions de l'appendice (obs. I, II, IV et V).

Le traumatisme, dans ces observations, a consisté

en un coup de pied, ou un choc violent sur la fosse iliaque droite. Il a blessé l'appendice, en l'écrasant contre le plan profond musculaire et osseux.

Ces faits, bien que exceptionnels, sont très probants. Ils permettent en outre « de supposer toute une série d'intermédiaires entre la rupture de l'organe et sa simple contusion. » Ce sont ces lésions légères du vermium, ne produisant pas immédiatement des phénomènes péritonéaux graves qui pourraient être suivies d'appendicite à plus ou moins longue échéance. Il suffirait d'une éraillure de sa muqueuse, d'un petit épanchement sanguin dans ses tuniques, pour permettre l'implantation des agents pathogènes dans sa cavité.

Les expériences de Beaussenat mettent bien en relief le rôle de la lésion traumatique de l'appendice dans la production de l'appendicite.

Dans une première série d'expériences, Beaussenat fait chez trois lapins une injection directe de culture virulente de coli-bacille dans le vermium, sans autre lésion soit préalable, soit simultanée de l'organe. Les résultats sont négatifs.

Dans une deuxième série, l'infection est combinée au traumatisme, la muqueuse est éraillée par froissement de l'appendice entre les doigts. Ces lapins font alors une appendicite suppurée avec péritonite.

Ces expériences mettent hors de doute le rôle du traumatisme ; c'est lui qui a créé la porte d'entrée à l'agent infectieux.

Dans l'expérience XII, Beaussenat fait une injection intra-appendiculaire de coli-bacille. L'animal a de la

diarrhée et se remet le lendemain. Six jours après, i froisse l'appendice. L'animal ne présente dans la suite aucun trouble et on ne trouve aucune lésion inflammatoire à son autopsie, le quatorzième jour.

Au contraire, dans l'expérience XIII, l'appendice est d'abord légèrement traumatisé et l'injection de colibacille n'est faite que cinq jours après. L'animal, autopsié au bout de dix jours, présente une ulcération gangreneuse de l'appendice.

« Donc ici, la lésion traumatique, la première en date, n'étant pas réparée quand a été faite l'injection de colibacille ; celui-ci a trouvé un point mal défendu, s'est inoculé et l'infection appendiculaire a été réalisée. »

Beaussenat a essayé aussi de produire l'appendicite par simple infection sanguine, mais jamais les animaux inoculés n'ont présenté de lésions bien spéciales de l'appendice.

Par contre, il a pu provoquer une appendicite ulcéreuse et folliculaire en déterminant dans l'appendice un lieu de moindre résistance par un léger traumatisme.

Ces expériences nous permettent de comprendre, comment la contusion légère de l'appendice peut déterminer la localisation d'une infection au point lésé. Mais nous n'avons trouvé aucun fait probant de contusion d'un appendice sain suivie d'appendicite.

Dans tous les cas, en effet, où la crise d'appendicite a éclaté immédiatement après un choc violent sur l'abdomen, nous avons rencontré à l'examen de l'appendice, pratiqué peu de jours après l'accident, soit des calculs, soit des adhérences résistantes, lésions anciennes prou-

vant que l'organe était malade avant le traumatisme. D'ailleurs la contusion même légère, de l'appendice normal, doit être un fait exceptionnel. Le vermium sain est peu accessible aux violences extérieures. « Son petit volume, sa vacuité, sa mobilité, sa situation profonde en arrière des anses grêles et en avant du psoasiliaque qui le sépare du plan osseux sous-jacent, doivent le préserver de l'influence du trauma. »

On comprend plus facilement qu'un choc sur la fosse iliaque puisse blesser l'appendice *porteur d'un corps étranger*.

Nous ne parlons pas ici des calculs, mais des corps étrangers véritables tels que : pépins de fruit, poils de brosse, épingles, qui s'introduisent parfois accidentellement dans un appendice normal et y séjournent longtemps sans provoquer de troubles.

Quand un choc violent atteint alors le vermium, la paroi de cet organe, comprimée par la violence extérieure sur le corps étranger résistant, peut être ulcérée et même perforée.

C'est ce qui s'est passé dans le cas de Moriarta (obs. III). L'épingle avalée par l'enfant était restée pendant un an dans l'appendice, sans déterminer aucun phénomène. Le coup de poing reçu dans le flanc droit fit pénétrer l'épingle à travers la paroi de l'appendice, provoquant une péritonite.

Mais il ne s'agit pas ici d'appendicite. Aussi avons-nous rapporté ce cas, au chapitre des contusions de l'appendice.

Nous n'avons pas trouvé d'exemple d'appendicite post-traumatique avec corps étranger du vermium.

Nous ne sommes donc pas autorisés à admettre qu'un choc sur l'abdomen puisse déterminer une appendicite, chez un homme sain, par le mécanisme de la contusion de l'appendice, même lorsque celui-ci contient un corps étranger.

Comment alors expliquer les cas où le traumatisme direct semble avoir joué un rôle dans la production de l'appendicite ?

Dans les observations, où la crise est survenue quelque temps après la contusion abdominale, nous avons vu qu'il était possible d'établir une relation de cause à effet entre le traumatisme et l'appendicite.

Si le traumatisme a joué un rôle initial dans la genèse de ces infections appendiculaires, quelle est ici la pathogénie à invoquer ?

D'après Guinard et Sonnenburg, sous l'influence de la contusion abdominale, il pourrait y avoir rupture de petits vaisseaux profonds et épanchement sanguin autour du cæcum et de l'appendice. Cet hématome laisserait après lui des adhérences, fixant l'appendice en position vicieuse.

Guinard cite à l'appui de cette théorie pathogénique l'observation suivante :

Le 4 janvier 1906, on amène dans son service à l'Hôtel-Dieu un garçon de 19 ans avec le diagnostic d'appendicite. Ce malade raconte qu'il y a quinze jours, il est tombé d'une hauteur de 2 mètres et a eu aussitôt après

sa chute, une vive douleur dans le flanc droit; il pense qu'il s'est violemment heurté le ventre avec le coude en tombant. Depuis ce temps-là, il est au lit sans fièvre ni vomissements, mais avec de la douleur dans la fosse iliaque. A la palpation, la paroi se défend; mais on sent un gâteau empâté et on diagnostique une crise d'appendicite. Les jours suivants, la tuméfaction ne diminuant pas sous la glace, Guinard intervient le 24 janvier, pensant évacuer une collection qu'il croyait purulente bien qu'il n'y eût pas de fièvre. A sa grande surprise, il tombe sur un énorme hématome. Au milieu de cette masse de caillots noirs, il trouve l'appendice et l'enlève. Celui-ci n'est nullement malade: à la coupe la muqueuse est absolument normale et il n'y a pas trace de liquide ou de matières dans sa cavité.

M. Guinard se demande alors ce qui serait arrivé, s'il n'était pas intervenu dans ce cas. « Cet hématome se serait résorbé peu à peu, sans doute, mais qui sait si ultérieurement, l'appendice n'aurait pas été modifié dans ses rapports avec le cæcum, et n'aurait pas été placé de ce fait en état de moindre résistance contre l'infection ? »

L'observation (LXX) de Sonnenburg confirmerait cette vue pathogénique, en ce que les dispositions constatées au cours de l'opération procéderaient, d'après cet auteur, d'un hématome résorbé. Dans ce cas, les adhérences ont amené la fixation de l'appendice au muscle psoas et aux vaisseaux, d'où la difficulté de son évacuation et la production d'un catarrhe chronique, qui se serait développé à la suite du traumatisme, dans un

appendice normal. La preuve, pour Sonnenburg, réside dans la présence de concrétions stercorales.

Ainsi que le fait remarquer très justement M. Picqué, « les deux observations précédentes semblent se compléter l'une l'autre et constituer les deux stades d'une même évolution. Guinard nous montre l'hématome et suppose une évolution qu'on ne peut admettre *à priori*, mais que semble prouver l'observation de Sonnenburg. »

Ce ne sont là que deux hypothèses, mais elles sont très séduisantes. Pour les confirmer, il faudrait observer chez la même malade les deux phases du processus ; l'hématome, puis la coudure et l'étranglement de l'appendice consécutifs à la résorption de l'épanchement sanguin.

La contusion abdominale peut aussi déterminer au niveau de la région traumatisée une péritonite sèche, sans réaction notable. Après un coup porté sur la fosse iliaque droite, il peut se déclarer une péri-appendicite. Et comme dans les cas d'hématome, suivant Guinard, les adhérences constituées peuvent amener des torsions, des flexuosités du vermium.

Or, nous savons que les coudures et les flexions de l'appendice sont une cause prédisposante efficace de l'appendicite.

Trèves a publié la relation d'un fait très démonstratif à cet égard. Chez un malade, qui avait souffert déjà de récidives fréquentes, il trouva une coudure à angle droit du vermium ; il le libéra de ses adhérences, le re-

dressa et le fixa en position normale : la récidive ne se reproduisit pas.

M. Guinard rapporte un cas d'appendicite chronique, survenue à la suite d'une laparotomie.

Il s'agit d'une malade qui a subi une laparotomie il y a dix ans, pour une annexite double et qui vient à l'hôpital avec une appendicite chronique fort douloureuse.

A l'intervention, Guinard trouve l'appendice englobé dans des adhérences et rempli de matières fécales liquides.

M. Guinard pense que « les adhérences péritonéales consécutives à la laparotomie sont pour une bonne part la cause de la stagnation des matières dans le vermium et de l'infection folliculaire de la muqueuse appendiculaire. Et si cela est vrai, ajoute-t-il, pour les lésions succédant à une opération abdominale, pourquoi n'en serait-il pas de même pour des lésions péricæcales, produites par un traumatisme ? »

Les expériences de Beaussenat ont prouvé également qu'après injection de culture de coli-bacille, la torsion de l'appendice chez un lapin déterminait l'inflammation de l'organisme tandis que le vermium du lapin témoin restait absolument sain.

La pathogénie invoquée par Guinard nous paraît être la plus satisfaisante pour expliquer les cas d'appendicite survenant chez un homme sain, à une date éloignée de la contusion abdominale.

Elle nous permet de penser que si le traumatisme direct ne crée pas l'appendicite, il peut tout au moins

dans quelques cas y prédisposer, en fixant l'appendice en mauvaise position et en le mettant en état de réceptivité pour les infections communes.

L'effort violent peut-il déterminer une lésion au niveau de l'appendice normal ?

Nous ne le croyons pas, et il n'en existe pas de preuve clinique.

Byron Robinson a incriminé la contraction du muscle psoas pour expliquer les appendicites qui surviennent après les efforts, les exercices.

L'influence de la contraction du psoas nous semble difficile à expliquer anatomiquement.

Elle ne peut guère se comprendre que dans les cas où il existe des adhérences reliant le vermium au muscle et où il s'agit par conséquent d'appendicites chroniques.

Quel est le rôle pathogénique du traumatisme chez un appendiculaire ?

L'appendice malade est généralement augmenté de volume, il est fixé par des adhérences aux anses intestinales, au cæcum, à la paroi abdominale, et contient souvent des coprolithes.

Il est admis actuellement que le calcul est « fonction de l'inflammation de l'appendice. » Il est le produit, d'après Mathieu, « d'un vice de sécrétion de la muqueuse appendiculaire enflammée. »

On conçoit dès lors facilement comment la *contusion abdominale* peut atteindre et irriter l'appendice. Ce

dernier, turgescant, épaissi, immobilisé, ne peut plus fuir devant la violence extérieure.

Les adhérences qu'il enveloppent, le protègent contre une perforation ou limitent un foyer de péritonite enkystée, sont exposées à être déchirées par cette violence.

Le rôle du traumatisme sur l'appendice calculeux a été particulièrement étudié par Neumann, Erdheim, Southam, Jeanbreaux et Anglada.

Ces auteurs ont admis qu'un choc portant sur la fosse iliaque droite peut déterminer soit l'éclatement de l'appendice, aminci en un point de la paroi, soit l'ulcération de la muqueuse malade, sur le calcul; d'où la pénétration des microbes au niveau de cette porte d'entrée et la perforation ou la gangrène.

C'est le premier mécanisme qui est invoqué par Southam et Schottmüller pour les cas d'appendicites post-traumatiques qu'ils ont rapportés.

Cette pathogénie nous semble expliquer la plupart des faits cités de crise aiguë d'appendicite, succédant immédiatement à une contusion abdominale.

Cependant quand le choc porte sur une région de l'abdomen, éloignée de l'appendice, on peut, comme l'a fait Delorme, interpréter d'une autre façon, le rôle du traumatisme. Dans le cas de Delorme (obs. LVII), le malade reçut un coup de pied de cheval dans la région ombilicale et mourut le surlendemain de péritonite généralisée. L'autopsie montra un appendice perforé à sa base avec une paroi très amincie à ce niveau. A l'intérieur on trouva un calcul mou et friable.

« Je me suis demandé, dit Delorme, si l'appendice

avait été déchiré directement par le coup de pied de cheval. Mais les renseignements du blessé affirmant que le coup avait été porté presque certainement sur la région sous-ombilicale et non sur le flanc droit, l'absence d'ecchymose sur la paroi à droite, enfin l'intégrité d'un calcul appendiculaire friable, me font plutôt penser que l'appendice, dont la paroi était déjà altérée, amincie avant le trauma, a dû céder, sous l'influence de la pression subite des gaz ou des liquides intestinaux, brusquement propulsés de la cavité du gros ou du petit intestin dans son intérieur. C'est l'hypothèse la plus plausible, car la brusquerie des accidents survenus immédiatement après le trauma, ne permet pas de s'arrêter un instant, à l'idée d'une simple coïncidence entre la perforation appendiculaire et le trauma abdominal. »

Cette observation prouve donc, que la contusion abdominale, bien que ne portant pas sur la région ileo-cæcale, est susceptible de causer la perforation d'un appendice altéré.

Les *traumatismes indirects* : efforts, exercices, ébranlements du corps, paraissent agir sur un appendice malade par le mécanisme indiqué par Southam et Jeanbrau. Ils produisent probablement des ruptures d'adhérences ou même la déchirure de la paroi appendiculaire amincie et fixée à un organe voisin.

Ces traumatismes, souvent très légers, ne jouent qu'un rôle purement occasionnel. Ils réveillent chez un appendiculaire une inflammation chronique et font éclater une crise aiguë.

CONCLUSIONS

1° L'appendice sain peut être contusionné, dans des cas exceptionnels, par un choc violent sur la région iléo-cœcale.

Ces faits rentrent dans le groupe des contusions abdominales avec lésions intestinales et n'ont rien à faire avec l'appendicite véritable.

2° Il n'existe pas d'appendicite traumatique, au sens littéral du mot, car l'appendicite est une maladie infectieuse qui ne saurait être créée par un traumatisme.

3° Chez un individu, dont l'appendice est sain, un choc sur la région iléo-cœcale peut prédisposer à l'appendicite, en provoquant autour de l'organe une réaction péritonéale ou la formation d'un hématome, avec adhérences consécutives, qui par voie de rétraction, fixeront l'appendice en mauvaise position et le mettront en état de réceptivité pour les infections causant habituellement l'appendicite.

Cette appendicite d'origine traumatique se révélerait à une époque plus ou moins éloignée de l'accident.

4° Chez un appendiculaire avéré ou latent, un coup sur l'abdomen, un effort, une chute ou un simple ébranlement du corps, sont susceptibles de réveiller l'inflammation chronique, de déterminer et même d'aggraver une crise aiguë.

5° La crise survenue de suite après un traumatisme n'est que le réveil d'une appendicite préexistante. Dans ces cas, on retrouve, soit des antécédents appendiculaires, soit à l'examen du vermium, pratiqué peu de temps après l'accident, des lésions d'appendicite ancienne, telles que : adhérences ou calculs.

Vu : le Président de la thèse. /

SECONDE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris :

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ANGHEL. — Pathogénie de l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1896-1897.

BEAUSSENAT. — Appendicites expérimentales. *Thèse de Paris*, 1896-1897.

P. BROUARDEL. — Blessures et accidents du travail, 1906.

BROCA. — *Gazette hebdomadaire*, 1896.

BRUN. — Traité des Maladies de l'Enfance de *Grancher-Comby*, tome III.

CHAPON. — Statistiques d'appendicites. *Thèse de Paris*, 1900-1901.

DELBET. — Pathogénie et traitement de l'appendicite. *Archives générales de Médecine*, mars 1897.

DELORME. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 24 juin 1896.

DUBARRY. — Statistiques d'appendicites. *Thèse de Paris*, 1900-1901.

ERDHEIM. — Ueber Appendicitis und ihren zusammenhang mit Trauma. *Wiener Medical Presse*, 1902.

M^{lle} GORDON. — Appendicite chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1896-1897.

GUINARD. — Article *Appendicite* in *Traité de Le Dentu et Delbet*, tome VII.

— *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 29 mai 1907.

- HENNING. — Péritonite par perforation appendiculaire post-traumatique. *Deutsche medical Wochenschrift*, 22 décembre 1904.
- HUME. — *British medical Journal*, avril 1891.
- JACOB. — Contribution à l'étude de l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1892-1893.
- JALAGUIER. — Art. *Appendicite*, in *Traité de Chirurgie de Duplay-Reclus*, tome VI.
- JEANBRAU ET ANGLADA. — Traumatismes et Appendicite. Étude pathogénique et médico-lég. *Revue de Chirurgie*, 20 mars 1907.
- JUNGST. — Trauma mit Appendicitis chronica. *Beiträge für Klinische Chir.*, tome XXXIV.
- LANNELONGUE. — Leçons de cliniques chirurgicales, 1905.
- LEGUEU. — Appendicite. Œuvre médico-chirurgicale, 1897.
- LETULLE ET WEINBERG. — *Presse médicale*, 1906.
- MACDONALD. — Appendicite et Traumatisme. *Medical Record*. juin 1906.
- MOTY. — Appendicite traumatique. *Écho Médical du Nord*, 1900.
- MUNCH. — Ein Fall von Appendicitis Perforation in einen Schenkelbruch. *Correspondenzblatt für Schweize Aerzte*, 1902. Numéro 8.
- NEUMANN. — Ueber Appendicitis und ihren zusammenhang mit Traumen. *Archives de Langenbeck*, t. 62, 1900.
- NIMIER. — Traumatisme abdominal et Appendicite. *Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chirur.*, 1^{er} janvier 1899.
- OLLIVE ET LE MEIGNEN. — Précis des Accidents du Travail. Paris, 1905.
- PAGE. — Étude sur quelques cas d'Appendicite. *Lancet*, octobre 1894.
- L. PICQUÉ. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*. Numéro du 20 mars et 5 juin 1907.
- *Bulletin de la Société de Médecine légale*, 8 juillet 1907.
- RINNE. — Zur Frage der traumatischen Entstehung der Appendicitis. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1904. N° 44.

- ROBINSON BYRON. — Appendicite et Psoas. *Medical Record*. New-York, 1895.
- SCHOTTMULLER. — Epityphlitis traumatica, 1900.
- SIEUR. — *Bulletin de la Société de chir. de Paris*, 27 mars 1907.
- SONNENBURG. — Appendicitis und ihr Zusammenhang mit Traumen. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1901. N° 38.
- SOUTHAM. — Appendicitis traumatic. *Lancet*, 25 nov. 1905.
- STERN. — Ueber traumatische Entstehung der inneren Krankheiten. Iéna, 1900.
- SEGOND. — Le Cancer et les Accidents du Travail. *Rapport au 20^e Congrès de chirurgie*. Paris, octobre 1907.
- THOINOT. — Leçons sur Accidents du Travail et Affections médicales d'origine traumatique, 1904.
- VIBERT. — Accidents du Travail. Paris, 1906.

